

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Lane Medical Library

Année 1876

THÈSE

N° 453

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 novembre 1876 à 1 h.

Par CÉLESTIN MASSONIÉ

Né à Aucamville (Tarn-et-Garonne) le 9 avril 1850.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES VARICES LYMPHATIQUES

ET D'UNE

FORME SPÉCIALE DE LEURS TERMINAISONS

Président : M. VERNEUIL, *Professeur.*

uges : MM. { BROCA, *professeur.*
{ LECORCHÉ, LANCEREAUX *agréés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

RUE MONSIEUR-LE PRINCE, 29 ET 31.

1876

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. VULPIAN.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle et médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAUFFARD.
Pathologie médicale.....	AXENFELD.
	POTAIN.
Pathologie chirurgicale.....	DOLBEAU.
	TRÉLAT.
Anatomie pathologique.....	CHARCOT.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	GUBLER.
Hygiène.....	BOUCHARDAT
Médecine légale.....	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale....	VULPIAN.
Clinique médicale.....	N.
	SÉE (G.).
	LASÈGUE.
	HARDY.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSÉLIN.
	BROCA.
	VERNEUIL.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

Doyen honoraire : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER	DAMASCHINO.	GARIEL.	LE DENTU.
BERGERON.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BLUM.	DE SEYNES.	GUENIOT.	OLLIVIER
BOUCHARD.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER.
BROUARDEL	FARABEUF.	LANNELONGUE.	
CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.	

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.....	MM. N.
— des maladies des enfants.....	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses...	BALL.
— de l'ophtalmologie.....	PANAS.
— des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
— des maladies syphilitiques.....	FOURNIER
Cb des travaux anatomiques.....	Marc SÉE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend le leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND PÈRE

A MA SOEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

A MES MAÎTRES
MM. BROCA, TRÉLAT, LASÈGUE, HARDY,
VULPIAN, BESNIER, MIGON, BOUVERET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES VARICES LYMPHATIQUES

ET D'UNE

FORME SPÉCIALE DE LEURS TERMINAISONS

PREFACE.

Jusqu'à ce jour les varices lymphatiques ont été peu étudiées et les documents que l'on trouve sur elles sont épars dans les auteurs.

Ces considérations et les observations qu'il nous a été permis de recueillir, nous ont déterminé à traiter ce sujet.

La division de notre travail est très-simple. Une première partie comprendra les notions anatomiques les plus nécessaires sur la structure des vaisseaux lymphatiques.

Une seconde partie traitera des varices lymphatiques en général et de ses symptômes locaux.

Nous consacrons une troisième partie aux symptômes généraux qui peuvent survenir.

Dans une quatrième partie nous parlerons des complications, du diagnostic différentiel, des terminaisons et du traitement.

Une bibliographie indiquera les ouvrages où nous avons puisé les documents pour notre travail.

I.

ANATOMIE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Tous les auteurs s'accordent sur la structure anatomique des vaisseaux lymphatiques.

Voici, d'après Morel, la structure de ces vaisseaux, (*traité d'histologie humaine normale et pathologique.*)

La tunique interne des vaisseaux excessivement mince, est représentée par une simple couche épithéliale reposant sur quelques fibres élastiques fines. Encore quelquefois paraît-elle réduite à son feuillet épithélial.

La moyenne est presque composée exclusivement de fibres musculaires transversales. Les fibres élastiques y sont très-rares. Enfin la tunique externe diffère des artères et des veines en ce qu'elle possède, dans ses couches profondes, un très grand nombre de fibres musculaires à direction longitudinale.

Ce qu'il faut donc remarquer dans la structure des vaisseaux lymphatiques, c'est leur structure presque exclusivement musculaire. Nous insistons sur ce point parce qu'il nous servira dans le cours de ce travail.

II.

DES VARICES LYMPHATIQUES EN GÉNÉRAL, ET DE SES SYMPTOMES LOCAUX.

Définition. — On appelle varices lymphatiques, toute dilatation permanente et morbide des vaisseaux lymphatiques.

Etiologie. — Les varices lymphatiques offrent plus d'un point de ressemblance avec les varices des veines. Elles peuvent être dues à l'oblitération d'un tronc principal soit veineux soit lymphatique, ainsi que nous le verrons plus loin. Le liquide lymphatique poussé par la vis à tergo s'accumule alors dans les vaisseaux, les distend, rompt l'élasticité de leur tunique presque entièrement musculaire, car il ne peut rétrogarder à causes des valvules.

La compression d'un membre peut agir aussi de même, par l'oblitération d'un vaisseau principal. Cette compression au lieu d'être totale peut être partielle et ne porter que sur les vaisseaux. Tel serait le cas d'une tumeur qui comprimerait les organes voisins. On peut encore ranger dans ce mode de formation des varices, la dilatation lente qui se produit lors d'une adénite. Ce cas a été élucidé dans une thèse toute récente (thèse 1876, De la Lymphorrhagie).

L'auteur de ce travail a montré que chaque fois qu'il y avait une adénite, il y avait rétention du liquide en amont, dans la période inflammatoire, et cette rétention peut être tellement forte qu'elle détermine la rup-

ture du vaisseau distendu dans la cavité de l'abcès qui se forme. Si cette distention dure longtemps, il est évident que les vaisseaux lymphatiques ne peuvent plus revenir sur eux-mêmes et restent distendus. Il peut arriver alors deux choses, ou bien le vaisseau s'amincit par dégénérescence granulo-graisseuse de sa tunique musculaire, ou bien au contraire ses parois semblent s'épaissir, son calibre devenir plus gros, mais sans que sa retractilité soit augmentée. Le premier cas est le plus fréquent, mais à la longue le tissu même du vaisseau s'indure ainsi que les tissus circonvoisins, et le second cas survient. Nous trouvons un exemple du du premier fait dans la description générale des varices lymphatiques.

Le second cas est rare, cependant lorsqu'on lit les auteurs, tous s'accordent pour admettre cet épaississement. Aussi nous voyons dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques de M. Jaccoud, MM. Le Dentu et Longuet décrire deux cas dans lesquels le vaisseau lymphatique était un cordon dur, violacé et assez gros pour qu'on y pût introduire un stylet de Mezeau.

C'est là un point de ressemblance avec les varices veineuses, qui passent aussi par les phases d'amincissement et d'épaississement consécutif. Ce n'est pas là le seul.

Pour les varices lymphatiques, on ne peut pas comme pour les veines, admettre l'influence de la pesanteur et la difficulté de circulation du sang dans les membres inférieurs. Les lois qui président à la circulation de la lymphe ne sont en rien modifiées par la pesanteur, à cause de la petitesse des canaux d'abord,

ensuite à cause de l'élasticité de nombreuses valvules, et enfin, à cause de l'élasticité des vaisseaux. Du reste, même pour les veines, cette raison n'est plus guère admissible aujourd'hui, depuis que M. Verneuil a démontré que les varices étaient surtout dues à des anneaux fibreux et intra-musculaires qui gênent la circulation de retour. Pour terminer la série des causes purement physiques des varices lymphatiques, nous citerons l'usage immodéré d'une fonction. Par exemple les varices du prépuce qui sont très-fréquentes relativement aux autres. On a encore cité une violence au voisinage d'une articulation sur lequel s'étale un riche réseau lymphatique. Il est probable alors que, dans ce cas, cette violence oblitère un grand nombre de lymphatiques par inflammation, et que de cette oblitération résultent les varices. Une autre cause des varices lymphatiques, c'est la difficulté de la circulation chez les malades affectés de lésions mitrales ou de cirrhose du foie. Cette cause a été publiée dans le *Med-Times and Gazette*, volume 11, 1861 p. 119, et indiquée par M. Kusmaul. Ce savant professeur observa une femme sur laquelle il avait pratiqué plusieurs ponctions pour une ascite due à une cirrhose du foie, qui présentait des varices lymphatiques à la partie inférieure de l'abdomen et non aux membres inférieurs. On ne pouvait douter que les vaisseaux dilatés ne fussent des vaisseaux lymphatiques, car une ponction exploratrice fit échapper par son ouverture un fluide jaunâtre, opalin, neutre, peu albumineux. Les veines n'étaient point distendues.

Pas plus que M. Kusmaul nous ne pouvons expliquer cette contradiction et comprendre comment un liquide

abdominal, déterminant par sa pression une dilatation des vaisseaux lymphatiques; ne soit aussi cause de la dilatation des veines. Tout au plus pourrait-on hasarder que la dilatation des veines n'est pas aussi nécessaire, à cause de la plus grande facilité avec laquelle elles laissent transsuder leur trop plein. En effet dans le cas de M. Kusmaul, il y avait un œdème considérable des membres inférieurs. On pourrait encore dire que la circulation de retour pour la lymphe étant gênée par l'obstruction d'un tronc principal de l'abdomen, il s'était établi une circulation supplémentaire analogue à celle qui se produit pour les veines. Ceci expliquerait pourquoi il n'y avait aucune dilatation variqueuse des lymphatiques des membres inférieurs.

Enfin il peut arriver qu'une obstruction des veines principales d'un membre par thrombose détermine la formation de varices lymphatiques, par retour du sang ou de la lymphe; le fait existe. Nous le citons dans l'observation III où l'autopsie montra l'existence d'un caillot organisé dans les veines iliaques primitives, les veines iliaques externes à leur débouchement dans la veine cave. Ce fait semblerait confirmer les idées de M. Sappey relativement à l'origine des lymphatiques qui ont des anastomoses avec le reste du système sanguin autres que celles du canal thoracique avec la veine cave.

A côté de ces causes physiques, auxquelles nous n'attacherons pas plus d'importance qu'il ne faut, parce que le plus souvent les varices ne peuvent s'expliquer par aucune d'elles, il en est d'autres dont l'influence est moins facile à expliquer. Ainsi la haute température paraîtrait déterminer par elle seule des varices lymph-

tiques; on a pu en observer sur des sujets natifs des pays chauds, le Brésil, les îles Maurice et Bourbon. Nous ne voulons pas nier tout à fait cette influence, nous ferons observer seulement qu'on a vu de ces varices, même dans les pays froids, sur des indigènes, à Paris, Stuttgart, Zurich et en Suède. La température n'est donc pas la cause qu'il faut invoquer.

L'influence de l'âge est plus manifeste et cependant nous ne pouvons pas plus l'expliquer. Il est certain que les varices lymphatiques se voient surtout chez les jeunes gens, et adultes, rarement on les observe dans l'enfance et la vieillesse. La majorité des malades avaient entre quinze et vingt ans, rarement au-dessus.

Enfin, les varices lymphatiques peuvent quelquefois survenir sans causes apparentes, même chez les sujets robustes.

Quant au mode de formation intime des varices lymphatiques, nous ne pouvons nous empêcher de les assimiler aux varices veineuses. Ainsi, M. Morel et beaucoup d'autres avec lui croient que les varices veineuses sont dues à la perte d'élasticité des îlots de fibres musculaires organiques qui entrent dans la composition de la tunique moyenne. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les vaisseaux lymphatiques dont la rétractilité est abolie? Ne voyons nous pas le même fait se produire dans l'emphysème pulmonaire où la dilatation des vésicules pulmonaires est liée à la perte d'élasticité des parois de ces vésicules.

III.

SYMPTÔMATOLOGIE. — Les varices lymphatiques sont longtemps restées inconnues. Elles n'ont guère bien été étudiées et bien décrites que par Nélaton, en 1860. Les auteurs qui l'ont précédé en ont très-peu parlé. Elles ne sont mentionnées que pour le cas où il existait des complications concomitantes, telles que la lymphorrhagie, l'inflammation etc. Ce n'est même pas avant 1830 que cette affection fut observée, non pas qu'elle n'ait jamais existé jusque là, mais parce que l'attention n'avait pas été attirée sur ces lésions, ordinairement inaperçues lorsqu'elles sont sans complication.

Binet, le premier en 1858, a tenté de faire rentrer cette maladie dans le cadre nosologique et d'en donner une bonne description. Il a divisé les varices lymphatiques en varices des réseaux et varices des troncs sous-cutanés. Division fondée sur le plus ou moins de superficialité des vaisseaux, très importante du reste au point de vue des complications possibles et du traitement. Théophile Anger a ajouté à ces deux classes de varices une troisième, c'est l'adéno-lymphocèle ou dilatation permanente et morbide des ganglions. N'ayant jamais eu l'occasion d'observer cette dernière classe de varices lymphatiques, nous ne ferons que la signaler.

Les varices lymphatiques sont relativement fréquentes, si l'on en juge par le nombre considérable de cas rapportés par les auteurs. Demarquay, Desjardin, Petzer, Thilesen, Michel etc. en citent beaucoup, mais

dans aucun de ces cas, on ne peut rien conclure sur la prédominance de l'affection chez tel ou tel tempérament. La hasard seul semble présider à la répartition de cette affection.

Il est rare que des varices lymphatiques soient accompagnées de symptômes généraux quand elle sont sans complications. Le début est ordinairement inconnu comme la cause. Les malades ne s'aperçoivent tout d'abord pas de leur affection. Ainsi Demarquay cite un malade qui ne s'aperçut de ses varices que par un écoulement de lymphe mouillant sa chemise, lequel écoulement lui avait fait croire d'abord à une émission involontaire d'urine. C'est pour cela que les malades ne viennent ordinairement nous consulter que lorsque leur affection est assez avancée. C'est ce qui arriva pour le malade observé par Amussat, lequel avait des varices tellement volumineuses dans le pli de l'aîne qu'on les avait prises d'abord pour une hernie crurale. Nous aurons à revenir sur ce malade.

Ce que les varices lymphatiques ont donc de caractéristique, c'est la lenteur de leur apparition et l'absence presque absolue de symptômes. Ce caractère est commun aussi avec les varices veineuses. Cependant l'apparition à l'extérieur de varices veineuses, s'accompagne souvent ou est précédée de pesanteur dans les membres inférieurs, de gonflement avec empâtement; le membre paraît luisant, bleuâtre tandis que tous ces symptômes dans le cas de varices lymphatiques, même très-développées, n'apparaissent qu'à la longue et sont beaucoup moins accusés.

Le début et la marche des varices lymphatiques non

compliquées sont ordinairement extrêmement lents.

Longtemps après le début des varices apparaissent les symptômes concomitants qui ressemblent beaucoup à ceux des veines variqueuses. Nous avons déjà signalé le gonflement, la gêne des mouvements et de légères douleurs, mais toujours peu accusés. De même que pour les veines le tissu périvasculaire s'indure, à cause de l'épanchement plastique qui se forme. Les vaisseaux au lieu d'être libres et non adhérents, deviennent plus durs, plus épais dans toutes leurs tuniques. Ils adhèrent fortement aux tissus voisins, et si l'on coupe un de ces vaisseaux perpendiculairement à son axe, on sent d'abord à la section une résistance lardacée, le vaisseau reste béant. Tel est le cas de MM. Ledentu et Longuet que nous avons cité plus haut. Le lymphatique a alors l'aspect d'un cordon dur, plein dont la sensation est assez analogue à celle que l'on a en faisant rouler entre ses doigts le cordon spermatique. Cependant il faut ajouter que très-souvent ces faits n'ont pas lieu ; on n'observe quelquefois, même dans des varices anciennes ni dureté lardacée, ni empâtement, cela existe surtout pour les varices compliquées de lymphorrhagie, car alors l'écoulement de lymphe fait pour ainsi dire l'office d'une saignée, et empêche, par la diminution de pression, le liquide de suinter à travers les parois et de produire l'empâtement. En outre, il y a là une certaine action antiphlogistique qui s'oppose à l'inflammation chronique déterminant la dureté.

Pour ce qui regarde leurs caractères physiques, les varices lymphatiques sont surtout visibles lorsqu'elle occupent les réseaux superficiels. Ces réseaux sont situés

sous l'épiderme dans l'épaisseur du derme. C'est pour cette raison que leur dilatation est plus facile à remarquer que celle des vaisseaux sous-cutanés.

Les varices des réseaux se remarquent surtout aux parties du corps les plus riches en lymphatiques, telles que la partie inférieure de l'abdomen, l'aîne, la cuisse, le pli du coude, le jarret, le prépuce. Il en est de même des varices profondes.

La plupart du temps les varices lymphatiques superficielles sont constituées par un amas de petites vésicules groupées et serrées les unes contre les autres, donnant à la surface l'apparence de la chair de poule ou de petits tubercules du mamelon. On les a comparées encore à l'aspect d'une orange. Lorsque ces petits tubercules grossissent, ils deviennent de plus en plus minces, ils sont alors plus blanchâtres, on voit qu'ils contiennent un liquide opalin, et leur aspect rappelle assez celui de grains de sagou. Ces dilatations vésiculiformes communiquent entre elles, car par la pression on peut faire refluer de l'une à l'autre le liquide qu'elles contiennent.

Les varices des troncs lymphatiques accompagnent souvent les varices des réseaux, comme le prouve encore de nouveau la description de l'observation III. Ainsi, chez le malade qui fait le sujet de cette observation, on trouvait à la partie médiane et intérieure de l'abdomen des plaques de différentes grosseurs, transparentes et non proéminentes, se continuant avec une multitude de vaisseaux, semblables à des cordons de la grosseur d'une plume et rangés comme des perles. Dans leur parcours, ils s'anastomosaient graduel-

lement l'un à l'autre et finissaient par quelque large vaisseau de la grosseur du doigt qui disparaissait dans l'aîne.

L'étude physique des varices, des troncs lymphatiques devient de plus en plus difficile à mesure que les vaisseaux occupent une région plus profonde. Nous ne nous occuperons du reste, ici, que des varices lymphatiques sous-cutanées accessibles à la vue et au toucher. Ces varices se présentent sous la forme de cordons durs, variables quant à leur volume, noueux, arrondis, s'affaissant lentement par la pression, s'anastomosant entre eux, tout en observant un arrangement plexiforme, ayant une direction bien déterminée, disparaissant dans des régions où les lymphatiques disparaissent pour gagner des parties plus profondes. Par fois on voit survenir, à la suite de l'obstruction d'un tronc principal, de véritables kystes lymphatiques se développant aux dépens des parois des vaisseaux. La lymphe y étant peu coagulable reste longtemps liquide, et on a la sensation de fluctuation qui fait croire à un abcès. Ce sont des kystes semblables qu'observèrent Meckel et Monod. Celui-ci prit même la tumeur pour un abcès et l'incisa (Monod cité par Rivet). Ces kystes lymphatiques sont relativement rares.

Tels sont les symptômes physiques des varices lymphatiques. Cette affection peut présenter des symptômes généraux. Cependant, le plus souvent il n'en existe pas. Nous ne voulons pas ici parler des varices compliquées de lymphorrhagies où, suivant l'abondance de l'écoulement, on peut observer tous les symptômes de l'anémie; ni des varices compliquées de lymphogite

où d'érysipèle. Dans ces cas, les symptômes généraux sont ceux des complications et n'appartiennent pas en propre aux varices lymphatiques. Un de ces cas a été observé par Amussat. Nous le mentionnons plus loin. Nous pouvons citer le cas si remarquable de Desjardin. C'était une dame qui, dans la traversée en mer, fut atteinte d'un coup de soleil et eut des symptômes généraux qu'elle réussit à calmer très-bien en ouvrant ses varices lymphatiques. De cette saignée lymphatique, il en sortit un liquide fortement coloré en rouge.

Nous donnons ici trois observations dont deux ont été vues par nous. La troisième a été publiée dans le journal anglais *The Lancet*, en 1875. L'autopsie qui en a été faite donne une grande importance à l'observation, puis encore au point de vue scientifique, on peut remarquer la confirmation de la théorie de M. Sappey sur la communication des lymphatiques avec les capillaires.

Obs I. (Service de M. le Dr Laillier). — B... (Auguste), âgé de 38 ans, sabotier, a été soigné en août 1875 par M. Vidal, pour une lymphadénie cutanée. En 1873 il fut traité par M. Guibout pour des scrofulides de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Bien portant jusqu'à cette époque, il n'avait jamais eu dans son enfance ni de gourmes, ni de ces autres affections qui pouvaient faire soupçonner la scrofule, quelquefois dans sa jeunesse il avait éprouvé des convulsions. Né de parents jouissant encore d'une excellente santé, il avait eu deux sœurs ; l'une mourut du choléra, l'autre à la suite d'un accident. En 1860 il avait été frappé d'une pleuro-pneumonie. En 1868 il avait eu un chancre sur la verge et une pléiade ganglionnaire double non douloureuse. Bientôt après il entre au Midi, dans le service de M. Liégeois, présentant des plaques muqueuses à l'anus et dans la gorge. Il prend 150 pilules au proto-iodure et après un séjour à l'hôpital de quatre mois il sort guéri. Un mois s'est à peine écoulé qu'il est forcé de revenir à l'hôpital pour des plaques muqueuses de la gorge. M. Liégeois lui ordonne deux

injections mercurielles par jour dans le dos. Au bout de trois mois il est guéri. En 1865 il se blesse, en travaillant, sur la partie moyenne de la jambe gauche. La plaie aurait mis près de trois mois à se cicatriser. En 1870 il se blesse de nouveau avec du bois au-dessus de la malléole gauche. Une plaie semblable à la première se forme; six mois après elle est cicatrisée. Huit mois après, sans cause connue, la plaie sus-malléolaire se rouvre. Le malade travaille à genoux. En 1871 la plaie va s'élargissant avec alternative de cicatrisation et d'extension. Pansements externes pendant dix-huit mois. Diachylon ou pansement simple.

Au mois d'août 1873 il entre chez M. Guibout qui le traite par les cataplasmes et la teinture d'iode. Il consulta après M. Vidal et M. Lailler qui employèrent la compression élastique.

En janvier 1874 il sort un peu amélioré, continue la compression, travaille à genoux. Bientôt après sa sortie de l'hôpital il éprouve pendant la nuit une douleur, aiguë surtout lorsque le membre n'est pas comprimé ou quand le pied touche terre, marche à peine et avec deux bâtons. Le mal gagnant en tous sens, la douleur augmentant, il entre en avril chez M. Vidal. Cataplasmes, chloral pendant plusieurs mois. La compression est reprise jusqu'à ce jour. Pas de traitement général. Le 10 octobre 1875 il entre dans le service de M. Lailler. Voici son état : amaigrissement du membre inférieur gauche, épaissement notable des téguments de la cuisse gauche. A la partie moyenne de la région antéro-externe de la cuisse gauche, on trouve une cicatrice presque perpendiculaire à l'axe de la cuisse, nacrée, peu déprimée, à peine adhérente aux tissus sous-jacents, résultant d'une plaie large et profonde que le malade s'était faite en 1862 avec un ciseau. Les téguments ont leur coloration et leur aspect normal en amont et en aval de cette cicatrice. Même épaisseur des téguments de la jambe, poils plus longs, plus soyeux, et plus abondants sur la jambe gauche.

Mesures. Circonférences.	Cuisse droite.	Cuisse gauche.
Racine du membre.	0,47	0,45
Partie moyenne.	0,43	0,41
Au-dessus de la rotule.	0,35	0,32
	Jambe droite.	Jambe gauche.
Tubérosité.	0,29	0,27
Partie moyenne des mollets.	0,28	0,27
Au-dessous des mollets.	0,22	0,20

Circonférences des pieds.	Pied droit.	Pied gauche.
Ligne passant au-dessus des malléoles.	0,19	0,24
Ligne passant par la plante du pied en avant des malléoles.	0,24	0,29
Ligne embrassant tout le pied, région tarso-métatarsienne.	0,20	0,24

Le seul mouvement possible du pied sur lambe consiste à changer l'angle légèrement obtus que le pied forme avec la jambe en angle droit. Ce mouvement nullement douloureux et nullement accompagné de craquements articulaires semble limité exclusivement par la plaie cicatricielle œdématisée et enflammée chroniquement. Le pied malade est le siège d'un gonflement diffus. Les téguments du membre inférieur gauche depuis la région antérieure du cou-de-pied jusqu'à la partie moyenne de la jambe du même côté, ont un aspect cicatriciel, à fond nacré, sur lequel tranchent par leur couleur rouge violacée des nodosités plus ou moins saillantes, les unes isolées, les autres se continuant insensiblement avec d'autres, de façon à rappeler certaines phlébites. Ces nodosités sont variables, quant à leur volume, leur aspect et leur forme. Celles qui sont étendues de la plante du pied à la malléole interne ont en moyenne le diamètre d'une lentille, ressemblent à des pustulettes d'acné et sont disposées en trainées irrégulières.

Du centre de ces pustulettes soulevées avec la pointe d'une épingle, il sort un liquide analogue à de la sérosité, très-peu chargé en éléments solides. Quelques-unes de ces vésico-pustules crèvent spontanément et sont remplacées par des croûtes un peu analogues à celles d'un impétigo récent et peu épais. Toute la région correspondant au tendon d'Achille est couverte de nodosités du volume d'un pois, rangées assez régulièrement pour former de véritables trainées qui se relient les unes avec celles qui occupent la face antéro-interne du tibia, les autres avec celles qui sont situées sur la partie externe du pied. Une piqûre d'épingle superficielle donne du sang en abondance, une piqûre plus profonde donne du sang et un liquide lactescent. Au dire du malade les vésico-pustulettes auraient commencé par avoir l'apparence tuberculeuse. Toute la peau de la région sus-indiquée est insensible à la piqûre superficielle et profonde, peu sensibles aux contacts. La pression du doigt laisse une dépression, le derme donne une sensation de dureté et de résistance. Le derme dans toute la région correspondant au tendon d'Achille est couvert de saillies lombriquiformes, séparées

par des sillons, et des saillies tubériformes fluctuantes, lentement réductibles par compression, très-douloureuses au toucher. Ces saillies tuberculeuses se continuaient avec les nodosités qui siégeaient au talon et à la plante du pied. D'après les renseignements du malade ces saillies ne se seraient développées que dans ces trois derniers mois. Dans toute la région comprise entre le bord externe du tendon d'Achille et de la malléole externe, la peau est lisse d'un brun noirâtre, non adhérente sur toute la partie de la face dorsale du pied, la peau offre une apparence irrégulièrement mamelonnée et une couleur violacée. Ces saillies qui rappellent les gros tubercules de la scrofule sont mollasses, comme fluctuantes. Une ponction superficielle donne du sang, une ponction profond un liquide lactescent. Ces saillies sont généralement groupées en quatre trainées assez régulièrement parallèles qui semblent converger pour disparaître à la partie inférieure du bord antérieur de la malléole externe. Un peu au-dessus de la région malade on trouve quelques varices veineuses superficielles peu développées. Rien du côté de la saphène interne et externe, rien dans le creux poplité. Dans l'aîne, pléiade ganglionnaire peu développée, non douloureuse. Dans le triangle de Scarpa on sent une tuméfaction irrégulière, allongée, qui donne assez l'idée de varicosités lymphatiques ou de petits ganglions lymphatiques agglomérés. Le membre inférieur droit ne présente aucune altération.

Le 12 octobre. Sur bien des tubercules de la face externe du pied, gouttelettes jaunâtres où passe du liquide citrin qui, vu au microscope, présente des globules rouges rares, des globules blancs argentés à granulations nombreuses. Sur tout le pied et le tiers inférieur de la jambe on applique une couche de savon noir de 0,003 d'épaisseur, puis compression modérée avec bande de flanelle, une couche de ouate et un julep avec 2 grammes de chloral.

Le 14. Pendant sa compression le malade n'a pas souffert. Celle-ci enlevée, même aspect général, sauf un peu de rougeur violacée, diffuse, bien moins de saillies, de tubercules et de bandes variqueuses.

Le 16. Lavage du pied tout entier avec alcool et potasse caustique, application de savon noir, couche épaisse, compression régulière des orteils vers la jambe jusqu'au creux poplité avec des bandes de flanelle, couche d'ouate épaisse, julep avec 2 grammes de chloral.

Le 17. Sommeil malgré un peu de cuisson et de douleur.

Le 19. L'appareil est enlevé. Trois eschares superficielles, chacune ayant un volume d'une pièce de 50 centimes, occupent le cou-du-pied.

D'une façon générale, toutes les parties sont plus volumineuses, toutes les ramifications variqueuses ont disparu. Il en est de même de toutes les saillies tuberculeuses qui sont remplacées par des ulcérations planes superficielles. Une zone enflammée entoure les eschares. Rien du côté du creux poplité, rien du côté de l'aîne. On enveloppe le pied d'un cataplasme d'amidon.

Le 22. Les ulcérations circulaires qui couvrent les faces interne et externe du pied ont tendance à bourgeonner. Des sillons éliminatoires se creusent autour des eschares. — Iodoforme.

Le 24. Les ulcérations ne font plus saillies. Les dilatations variqueuses recommencent à se dessiner un peu à la racine des doigts. Un stylet introduit sous la peau par l'ouverture des ulcérations ne peut plus s'engager dans les trajets variqueux. — Application de poudre d'iodoforme et compresses.

1^{er} novembre. Badigeonnage de tout le cou-de-pied avec alcool et potasse. Quatre minutes après, le pied est essuyé. Couche épaisse de savon noir. Compression faite avec bande de flanelle et ouate, de tout le pied.

Le 2. L'appareil est enlevé. Toutes les saillies tuberculeuses et variqueuses sont, les unes très-affaissées, les autres usées par ulcérations superficielles. Le malade n'accuse qu'un peu de cuisson. — Iodoforme, cataplasmes.

Le 15. Nouvelles saillies tuberculeuses (grains de sagou) sur toute la face externe du pied. Par le point le plus acuminé des deux tubercules, introduction de flèches au chlorure de zinc.

Le 19. Les eschares se détachent et laissent une plaie circulaire de la largeur d'une pièce de 50 centimes, profonde de 1 centim. et à fond rouge grisâtre.

Le 25. Les plaies résultant des flèches se combleront rapidement.

Le 30. La cicatrisation n'est pas encore complète au niveau des ulcérations qu'avait fait naître la compression du 2 novembre. — Diachylon, appareil ouaté.

Il en est de même de la cicatrisation résultant des flèches sur toute la face externe du pied, tubercules du volume d'un demi-pois, irrégulièrement disséminés et séparés les uns des autres ; le derme est d'un rouge cuivré. Pas de douleur à la pression. Quelques tubercules présentent à leur centre un point blanc. Après avoir couvert avec des plaques de diachylon les eschares, badigeonnage avec alcool et potasse, puis couche très-épaisse de savon sur les points tuberculeux,

compression modérée avec bande de flanelle et couche de ouate.

3 décembre. L'appareil est enlevé, les parties tuberculeuses sont ulcérées. — Diachylon, iodoforme, cataplasmes.

Le 12. Deux petites flèches au chlorure de zinc sont introduites par le point acuminé central de deux tubercules du bord externe du pied. En cinq jours, elle donne une eschare régulière et profonde. — Diachylon, cataplasme.

Le 20. Cinq pastilles au chlorure de zinc sont appliquées sur la moitié de la face dorsale externe du pied sur les tubercules les plus développés. — Diachylon, appareil ouaté.

Le 24. L'appareil est levé. Au niveau de chaque pastille, eschare de la largeur d'une pièce de 50 centimes et d'une longueur de 1 centimètre au moins. L'eschare laisse après son élimination un trou cylindrique, à bords nets, d'un rose vif, qui se comble rapidement. Pas de réaction, ni locale, ni générale. — Bandelettes de diachylon.

Le malade reste assis à côté de son lit une partie de la journée.

Le 31. Toute la face externe du pied et de la jambe sont d'un rouge cicatriciel presque lisse. Sur la face extérieure du cou-de-pied, quelques saillies d'un rouge vineux, irrégulières, peu développées. En avant et au-dessus de la malléole externe, tubercules d'un rouge brun, portant à leur centre un point jaunâtre. — Diachylon, couche de savon, appareil ouaté.

10 janvier. Application de flèches.

1^{er} février. Nouvelle application de flèches. Les plaies résultant des flèches sont en très-bonne voie de guérison. L'éruption qui avait de la tendance à gagner la plante du pied paraît s'arrêter.

Le 17. Cautérisation au nitrate d'argent des bourgeons charnus qui entourent la plaie.

12 mars. Application de flèches.

Le 28. Du côté externe du pied, trois tubercules nouveaux au-dessous desquels la peau est décollée. — Application de flèches.

2 mai. Etat très-satisfaisant du pied. Les dernières applications de chlorure de zinc sont guéries à peu près.

7 juin. La guérison paraît être complète. Il ne reste plus qu'une sorte de marbrure un peu livide de la peau. — Exeat.

Obs. II. (service de M. le D^r Besnier). — D... (Victor), menuisier, âgé de 50 ans, marié, ayant une fille de 15 ans, jouissant d'une très-bonne santé, butta à l'âge de 10 ans, en s'amusant, du cinquième orteil du pied gauche, contre un piquet. Malgré la douleur assez vive

qu'il ressentit, il continua à jouer et à marcher pendant plusieurs jours. Jusqu'à cette époque, il n'avait jamais été malade. Ses antécédents sont excellents. Son père vit encore, sa mère mourut à la suite de couche, sa sœur et ses deux frères vont très-bien. Il ne présente aucune trace de scrofule et n'a jamais eu la syphilis. Huit ou dix jours après son accident, le pied devenant un peu douloureux, rouge et très-tuméfié ; il est obligé de garder le lit et d'avoir recours à un médecin qui lui prescrivit le repos et des cataplasmes. Cinq ou six jours après ce traitement, il apparut d'abord sur la face dorsale externe du pied gauche, au niveau du tiers supérieur du cinquième métatarsien, un premier abcès qui s'ouvrit en peu de temps, puis un second dans la même région, vers le tiers inférieur du quatrième, qui s'ouvrit à son tour. Le pied resta un certain temps gonflé, rouge, mais nullement douloureux. Grâce au repos et au traitement, le malade finit par pouvoir marcher comme d'habitude. L'ouverture des deux abcès ne s'était jamais fermée, et au dire du malade, il aurait existé un trajet fistuleux qui aurait relié les deux ulcérations ; ainsi, en pressant sur l'ulcération qui siégeait au niveau du tiers supérieur du cinquième métatarsien, on faisait sortir du pus du côté de l'ulcération qui occupait le tiers inférieur du quatrième métatarsien, et réciproquement... Ces deux ulcérations présentaient de temps en temps des alternatives de cicatrisation et d'extension. Depuis le début de la maladie, la face dorsale du pied devint le siège et assez fréquemment d'une éruption tuberculeuse. Cette éruption se faisait surtout à l'époque où les plaies avaient tendance à l'extension. Ces tubercules étaient du volume d'une lentille, peu sensibles à la pression. Quelques jours après leur apparition, ils offraient à leur centre un point blanc qui s'ulcérait et d'où il s'écoulait un liquide jaunâtre, demi-transparent ; puis la cicatrisation survenait, et à la place du tubercule, on trouvait pendant un temps assez long une petite induration.

Comme on peut le voir, et par le début de sa maladie et par son entrée à l'hôpital, notre malade a été pendant de nombreuses années en proie à une affection peu douloureuse, il est vrai, mais fort désagréable, car s'il entre à l'hôpital, ce n'est pas parce qu'il souffre beaucoup, mais parce que, depuis plusieurs mois, il ne peut plus se chausser. Voulant, comme le dit le malade, guérir à tout prix, il fait le sacrifice d'entrer à l'hôpital.

Il entre donc le 2 mai 1876 à la Pitié, dans le service de M. Verneuil. Notre savant et excellent maître reconnu chez cet homme des varices lymphatiques. Après un séjour à l'hôpital de six semaines, M. Verneuil

lui conseille d'aller à Saint-Louis, dans le service de M. Besnier. Depuis son entrée jusqu'à sa sortie de l'hôpital, il avait été soumis au traitement suivant: iodure de potassium, cataplasmes, application de deux emplâtres de Vigo sur chaque ulcération, repos absolu.

Cédant aux conseils de M. Verneuil, le 19 juin 1876, il entre à Saint-Louis, dans le service de M. Besnier.

Le diagnostic de M. Besnier fut le même que celui de M. Verneuil.

20 juin. Le malade présente à la région dorsale externe du pied gauche une grande tuméfaction, la peau est rouge, violacée, luisante et légèrement adhérente au niveau des ulcérations avec les tissus sous-jacents. Sur le dos du pied, on apercevait deux ulcérations régulières, arrondies, communiquant entre elles, du volume d'une pièce de 1 fr. L'une siégeait vers le tiers supérieur du cinquième métatarsien, l'autre vers le tiers inférieur du quatrième. Rien d'anormal du côté du cœur, ni du côté de la poitrine. Urines normales. — Eau de Sedlitz, bains d'amidon, caoutchouc, eau de Vichy, repos. Tel fut un traitement de trois semaines.

10 juillet. Le pied a considérablement diminué de volume. Le malade se trouve beaucoup mieux, ne souffre pas du tout et mange assez bien. Les deux ulcérations occupant la face dorsale du pied se sont un peu agrandies et présentent sur leurs bords quelques petits bourgeons charnus. — Application de flèches au chlorure de zinc, au centre de de chaque ulcération, compression légère avec une bande ordinaire, couche de ouate.

Le 11. Le malade a souffert beaucoup, n'a pas de fièvre, n'a pas envie de manger. La partie externe et dorsale du pied présente une rougeur diffuse et une tuméfaction un peu plus accentuée. Deux eschares minces et profondes siègent sur les points où les flèches ont été appliquées. — Cataplasmes laudanisées. Chloral, 2 gr.

Le 14. Il n'existe presque plus de douleur. Sur la partie externe et dorsale du pied on aperçoit deux saillies du volume d'une petite lentille (grain de sagou). Un sillon éliminateur se creuse autour de chaque eschare. Compression, iodoforme, ouate.

Le 18. Chaque saillie présente à son centre un point blanc qui laisse échapper par la ponction un liquide blanchâtre. Les flèches sont enlevées ainsi que les eschares et à leur place on trouve une ulcération arrondie d'un volume d'une pièce de 0,05. La peau de cette région est d'un rouge foncé, peu sensible aux contacts. Le pourtour des ulcérations et les parties environnantes sont douloureuses à la pression. Bandelettes de diachylon, compression, ouate.

Le 21. Les ulcérations ont de la tendance à se combler, les saillies tuberculeuses présentent à leur centre une petite ulcération superficielle d'où s'échappe par la pression une gouttelette demi-transparente. Chaque fois que le malade veut marcher, il se produit au niveau des points ulcérés des hémorrhagies légères. Diachylon, compression, ouate.

Le 24. Légère cautérisation avec le nitrate d'argent des bourgeons charnus. Les ulcérations qui occupent le centre des tubercules ont de la tendance à s'agrandir. Le liquide qui s'en écoule par la pression est étudié au microscope et présente tous les caractères de la lymphe. Ces deux tubercules qui siègent l'un à la partie inférieure du cinquième métatarsien, l'autre à la tête du quatrième communiquent entre eux. Diachylon, compression, ouate, chloral 2 gr.

Le 29. Application au centre de chaque tubercule d'une flèche.

Le 30. Dans toute l'étendue des parties où les flèches ont été appliquées, le malade éprouve des douleurs assez vives. Le pied s'est largement tuméfié, pas de fièvre, pas d'appétit. Une eschare mince s'est formée autour des points où le cautère a été appliqué. Iodoforme, compression, ouate.

3 août. Les deux premières ulcérations sont en pleine voie de cicatrisation. Les flèches appliquées sur les deux tubercules sont enlevées. Deux ulcérations égalant chacune une pièce de 0,50 ont été produites par le caustique. Diachylon, iodoforme, compression, ouate.

Le 5. Etat local très-satisfaisant. Cicatrisation presque complète des anciennes ulcérations. Quant aux deux nouvelles elles présentent un aspect qui fait déjà prévoir un heureux résultat. Diachylon, compression, ouate.

Le 10. Guérison des deux premières ulcérations. Les deux dernières ont tendance à bourgeonner. Les parties environnantes aux lésions sont moins volumineuses. Diachylon, compression, ouate.

Le 15. Cautérisation avec le nitrate d'argent des bourgeons charnus. Diachylon, compression, ouate.

Le 24. Tendance à la cicatrisation des deux dernières ulcérations. Même traitement.

3 septembre. Les téguments de la région dorsale et externe du pied occupé par les ulcérations ont une apparence cicatricielle. Les dernières ulcérations sont dans un état d'amélioration tel que la guérison est dans quelques jours certaine. Diachylon, compression, ouate.

15 octobre. Les ulcérations qui étaient à notre départ en voie de guérison, sont à peu près complètement guéries. Cependant par la

pression on peut faire sortir du centre des cicatrices qui occupent la place des ulcérations un liquide analogue à celui que nous avons déjà mentionné. Deux nouveaux tubercules sont venus se former, l'un à la partie externe de la base du cinquième métatarsien, l'autre à la partie externe de la tête du même os. D'après les renseignements du malade, cette nouvelle poussée de tubercules aurait offert la même marche que les précédentes. A la place des deux saillies tuberculeuses nous trouvons deux ulcérations, l'une très-large, du volume d'une pièce de 0,40 occupant la tête du métatarsien, l'autre moins étendue, égale à une pièce de 0,50 et située à la base du même os. Plusieurs applications de flèches ont été faites. Le malade a maigri, ne souffre pas, mange peu. Iodoforme, diachylon, compression, ouate.

Le 18. *Mensurations. Circonférences.*

	Pied gauche.	Pied droit.
Ligne passant au niveau de la tête des métatarsiens.	25	22
Ligne passant au niveau de la base des métatarsiens.	24	21
Ligne sous-molléolaire.	27	28
Le sus-molléolaire.	21	21
	Jambe gauche.	Jambe droite.
Tiers inférieur.	19	20
Parties moyennes du mollet.	25	26
Lignes passant au-dessous des tubérosités du tibia.	26	26 1/2
	Cuisse gauche.	Cuisse droite.
Au-dessous de la rotule.	30	30 1/2
Parties moyennes.	40	41
Racine du membre.	43	44

Le membre inférieur gauche, comme le prouve la mensuration, a diminué de volume.

Le 20. Application d'une flèche sur l'ulcération siégeant à la base du cinquième orteil et d'une rondelle au chlorure de zinc sur l'autre. Compression, ouate.

Le 21. Le malade n'a pas dormi de la nuit et a été en proie à une vive douleur. Les téguments circonvoisins des ulcérations sont d'un rouge intense. Les bords des ulcérations sont très-douloureux à la pression. Pas de fièvre, pas d'appétit. Iodoforme, compression, ouate, chloral 2 gr.

Le 24. On enlève la flèche, la rondelle est laissée en place. Diachylon, compression, ouate.

Le 27. Au moment où on lui enlève la rondelle, le malade éprouve une très-vive douleur. Une énorme ulcération occupe la partie externe de la tête du cinquième métatarsien, elle est bien égale à une pièce de cinq francs. L'autre ulcération qui est à peu près semblable à une pièce de 0,50 se présente sous un très-bon aspect. Diachylon, iodoforme, compression, ouate.

Le 30. Les deux ulcérations, la plus petite surtout, présentent sur leurs bords des bourgeons charnus. Cautérisation avec le nitrate d'argent. Même traitement.

2 novembre. Les deux ulcérations sont en très-bonne voie de guérison. Même traitement.

Le 6. Les téguments qui recouvrent les deux derniers métatarsiens présentent un aspect cicatriciel sur lequel tranchent, par leur couleur violacée, de petites nodosités qui rappellent le siège occupé par les ulcérations. Le pied a presque recouvré son volume normal.

Durant toute la maladie, le membre inférieur gauche n'a présenté aucune altération. Le malade ne s'est plaint que d'une douleur dont l'apparition coïncidait avec l'inflammation produite par l'application des flèches. Cette douleur siégeait à l'épididyme.

Obs. III. — R. P..., âgé de 49 ans, fils d'un ouvrier maçon, admis le 19 mai 1875, blond, tempérament faible, a eu une scarlatine pendant qu'il était enfant. Il n'a pas été exposé à l'humidité pendant sa maladie, mais il s'est trouvé dans un courant d'air. Il s'est senti malade depuis trois semaines, sa figure a gonflé il y a sept jours, puis ses jambes et le scrotum. Les jambes ne sont plus aussi grosses, mais la face continue à être bouffie.

Il a eu un mal de gorge il y a un mois; en ce moment il n'a plus rien. La peau est moite, il a transpiré la nuit précédente, les pupilles sont très-larges, vomissements, langue chargée, rouge sur les bords. P = 64, T. 37, 4. Il a de la douleur au côté droit au-dessous du foie, et cette douleur s'étend à gauche. L'abdomen est mat à la partie inférieure, l'appétit est bon, le malade est altéré. Les sons du cœur sont faibles, pas de bruit anormal. La base du poumon gauche postérieurement est mate, et le souffle y manque; mais les bruits respiratoires s'entendent à la partie supérieure et postérieure du même poumon. Le tiers inférieur du poumon droit est mat, on n'y entend pas de râles.

Les urines ont une densité 1030, très-albumineuses, il y a une hydrocèle congénitale du côté droit qui s'est accrue il y a un mois environ, mais il y a toujours eu une légère grosseur dans cette région disparaissant par le repos. Les veines de la retine sont pleines et noires, le fond de l'œil est normal.

Traitement : diète, lait, thé de bœuf, à prendre :

Alun	40 grains.
Sulfate de magnésie	20
Vin d'ipéca	40 minimes.
Potion avec camphre	1 once.

Trois fois par jour. Chaque matin une drachme de poudre jalap composée.

22 mai. Urines en bonne quantité foncées, très-sédimenteuses, albumineuses, D = 1032. Le pouls est faible, il ne se sent pas. Purgation par poudre de jalap composée. L'urine d'hier est très-chargée d'albumine, et dépose des sédiments notables, homogènes, contenant assez de glomérules de moyenne grosseur, et des granulations pigmentaires; pas de globules sanguins. Ascite considérable, T. 37, 4. P. 84.

1^{er} juin. L'urine est très-chargée, foncée, contenant beaucoup de sang, corpuscules nombreux et distincts.

Le 7. Encore plus de sang dans l'urine, l'hydropisie s'est accrue très-fort, le scrotum et le prépuce sont très-distendus. Sur les cuisses, et à la partie inférieure de l'abdomen, il y avait de nombreux lymphatiques, distendus, contenant un fluide plus ou moins rouge. On remarque que ceux du 10 s'élevaient au-dessus du ligament de Poupert, et envahissaient les téguments de la moitié inférieure de l'abdomen.

Le 16. Ils étaient très-nombreux sur les cuisses, ceux de l'abdomen très-agrandis, et contenaient beaucoup de fluide sanguin, et des globules rouges au microscope. Aussitôt après la piqûre, un érysipèle attaqua la partie inférieure de l'abdomen; les lymphatiques donnèrent une grande quantité de fluide séreux. La prostration devint extrême, la température s'éleva et le malade mourut le 20 sans que le traitement eût pu apporter aucune amélioration.

Autopsie. — Les extrémités inférieures sont infiltrées, et les lymphatiques sont dilatés à la partie interne et externe des deux cuisses. Il y a une nécrose érysipélateuse de la peau de la partie inférieure de l'abdomen. Dans le thorax, les poumons ne sont pas adhérents, et sont légèrement œdémateux. Les tubes bronchiques sont pleins d'une sécrétion mousseuse. Noyau apoplectique à la base du poumon droit, grande

congestion à la base de l'autre. Cœur sain, excepté deux petites plaques athéromateuses à la naissance de l'aorte.

Dans l'abdomen il y a une grande quantité de fluide d'aspect purulent. Au microscope ce fluide présente un petit nombre de corpuscules, et ceux qui sont visibles sont plus petits que ceux du pus, et plus granuleux. Quelques traces de péritonite. Les lymphatiques intestinaux sont bien visibles dans les régions lombaires, les ganglions mésentériques sont engorgés. Ni le réservoir de Pecquet, ni le canal thoracique ne sont élargis. La veine iliaque primitive, la veine iliaque externe gauche, et la veine iliaque droite, à leur débouchement dans la veine cave, sont remplies d'un vieux caillot organisé. Un caillot plus récent existe à la partie inférieure des veines tibiales gauches. La rate, le foie, et le pancréas sont normaux. Les reins sont hyperémiés, à surface lisse, la substance corticale est agrandie, les pyramides ont une couleur foncée. Les capsules surrénales sont congestionnées dans leur portion nodulaire, ils présentent des glandes solitaires développées, et une muqueuse très-hyperémiée. Les ganglions lymphatiques de l'aîne, et tous ceux qui approchent le ligament de Poupart, sont légèrement dilatés, s'il le sont.

COMPLICATIONS DES VARICES LYMPHATIQUES.

Nous pouvons dire *a priori* qu'elles sont en séries parallèles aux complications des varices veineuses. Ainsi on observera dans les deux espèces de varices, l'écoulement du liquide en dehors des vaisseaux, les ulcérations, l'inflammation, l'érysipèle, qui s'appellent pour les veines, hémorrhagies, ulcères variqueux, phlébite, et qui s'appelleront pour les varices lymphatiques, lymphorrhagies, ulcères lymphatiques, lymphangite. Une complication qui n'existe pas pour les veines et qui dépend de la structure du vaisseau et de la non-coagulabilité de la lymphe, c'est la fistule lymphatique. Nous ne parlerons pas ici de l'érysipèle, de la

lymphangite qui n'offrent rien de particulier à noter en tant que complications des varices lymphatiques, nous renvoyons pour leur étude aux traités de pathologie chirurgicale générale. Mais nous dirons quelques mots sur la lymphorrhagie, les fistules, et les ulcères variqueux.

La lymphorrhagie est la complication la plus fréquente des varices lymphatiques, le mécanisme de sa formation est le même que celui des hémorrhagies veineuses; c'est-à-dire qu'elle se forme soit par ulcération, soit par accident direct.

L'ulcération des varices lymphatiques est un fait assez rares. Cependant, M. Sappey a décrit des ulcères variqueux lymphatiques. Beaucoup d'autres les citent, mais sans indications bibliographiques qui puissent permettre de rechercher ce qu'en dit le savant professeur. Nous n'avons pu retrouver ces indications, aussi sommes-nous forcé d'en parler sans grands détails. Nous supposons cependant qu'ils doivent se former de la même manière que les ulcères variqueux des veines.

En tout cas une conséquence de cet état est la lymphorrhagie.

Celle-ci peut encore survenir par accident; ainsi nous trouvons dans la thèse de Binet un cas observé par Monod: or, cet auteur ayant pris une varice unique ampullaire pour un abcès, en fit l'incision, et déterminâ ainsi une lymphorrhagie.

On peut aussi rattacher à la lymphorrhagie, les cas d'écoulement de lait que l'on voit rapporter dans les auteurs. Zamini, Vidal, Lebert, en ont observé des exemples. Ces écoulements se faisaient par le scrotum, la

cuisse, et ressemblaient assez bien à du lait. L'analyse qui en fut faite, notamment pour les cas de Lebert et de Zamini, démontrèrent qu'on était en présence d'une lymphorrhagie.

Enfin nous rapporterons encore à la lymphorrhagie, les urines laiteuses. Elles ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Gubler. Elles s'observent, très-souvent paraît-il, à l'île de France. Ce qui a décidé M. Gubler à admettre cette cause, c'est que d'après M. Cruveilhier, le réseau lymphatique des membranes muqueuses de la vessie et de l'urèthre est très superficiel et très-nombreux. Il suffit donc de peu de chose pour produire cette lymphorrhagie appelée urines laiteuses. Cette opinion soutenue en 1854 fut attaquée, mais sans succès, par David en 1865. Déjà en 1858 (*Gaz.-Méd.*, p. 36), Mazaé Azéma, médecin à la Réunion, avait cherché à modifier les idées de M. Gubler en considérant ces urines laiteuses, « comme l'analogue de l'ictère par pléthore bilieux qu'on rencontre si souvent dans les pays chauds. Le chyle dans ce cas, par suite d'un vice de l'hématose, poussé à des limites extrêmes, n'est pas convenablement élaboré dans le système lymphatique, et passe tel quel dans la masse de sang, d'où il est éliminé par la voie urinaire comme liquide excrémentiel ». Prout partage cette opinion; mais, ainsi que le fait remarquer Carter, qui en a observé à l'hôpital de Bombay, il faut pour cela supposer qu'un défaut d'assimilation coïncide avec un trouble fonctionnel des reins.

L'albumine observée alors dans les urines serait le résultat d'une évacuation de lymphe par cette voie. Le même

auteur, Carter, pense que l'affection est due « à une distribution anormale du chyle qui se mêle directement à l'urine ». Elliotson, Waters, ont trouvé des altérations du rein concomitantes avec les urines laiteuses. Elles ont été niées par Beale. Waters va même jusqu'à localiser la lésion dans les capillaires du rein qu'il prétend être relâchés, parce que dans un cas il a pu constater les bons effets des astringents. On le voit, la multiplicité des opinions soutenables ne permet pas d'être complètement fixé sur cette affection singulière. De nouvelles recherches sont nécessaires. Il n'est guère non plus possible de s'expliquer les hématuries si fréquentes dans ces cas, que par une espèce d'hémophilie, causée par l'altération générale du sang (Rayer, Maladies des reins. T. III, p. 420).

Quant aux caractères mêmes de la lymphorrhagie, son importance, ses conséquences, etc., nous nous contenterons de dire qu'elle est très-souvent suivie de fistules longues à guérir. La cause en est due : 1° à la structure élastique des vaisseaux qui ne peuvent facilement s'aplatir ; 2° à leur non-inflammation adhésive à cause de l'écoulement continu ; 3° à la non-coagulabilité de la lymphe. C'est dans ce dernier caractère que réside, ainsi que nous le verrons plus tard, la difficulté de traiter les varices lymphatiques.

Diagnostic différentiel. Il ne nous reste plus avant de passer aux divers modes de traitement qu'à parler du diagnostic de cette affection. Elle a été confondue avec un abcès, quand la varice est unique, ampullaire ou con-

forme de kyste, ce qui s'observe assez souvent. Ce sont des kystes semblables qui ont été vus par Meckel, Monod, Wilkes. Ces derniers mentionnent avoir vu une grande distension variqueuse des lymphatiques de la cuisse, produisant des nœuds semblables à des kystes, consécutivement à une obstruction plus ou moins évidente des lymphatiques. Pilter Smith, vol. CXV p. 183, rapporte un cas de dilatation remarquable des glands de l'aîne droite, leur grosseur était variable, elles s'étaient élargies et converties en cavités kystiformes remplies complètement d'un liquide jaune. Les vaisseaux afférents et efférents étaient très dilatés. Nous avons vu que Monod avait pris pour un abcès une varice ampullaire, et qu'il l'avait incisée.

On a confondu les varices lymphatiques avec des hernies. Amussat observa un cas de ce genre sur un jeune homme, « il portait à chaque aîne une tumeur assez considérable, développée depuis un an. A son arrivée en France on lui conseilla de porter contre ces prétendues hernies un bandage inguinal double. Après une longue course il éprouva tout à coup des douleurs dans le sein droit et dans le pli de l'aîne. Alors de la toux, de la dyspnée, de la fièvre, des élancements dans la tumeur, de la matité dans le côté droit de la poitrine devenue douloureuse et de la fluctuation, se manifestèrent tour à tour [et très-promptement. Le malade tomba dans la prostration et succomba au bout de 24 heures. A l'autopsie on trouva que ce que l'on croyait être des hernies n'était autre choses que des lymphatiques énormément dilatés, noueux comme des vésicules séminales, ouvertes et remplies d'une matière puriforme

infecte. On trouva quelques autres lésions comme du pus dans la poitrine, du sérum sanguinolent sans pus dans le péritoine. Ce cas qui manque de détails importants, ne permet pas de savoir, si le malade a succombé à une infection purulente. Follin, pathologie externe. T. II p. 580. Encore on pourrait confondre cette affection avec une éruption cutanée vésiculaire. Le diagnostic différentiel s'établira d'abord sur le siège de la lésion, sur sa forme, son trajet, sa disparition à la pression, et la présence d'autres petites varices ampullaires dans le voisinage. Lorsque malgré ces données on ne peut arriver au diagnostic, il faut faire une ponction exploratrice.

TERMINAISONS.

Parmi les nombreuses terminaisons que les varices lymphatiques peuvent offrir, telles que la résolution, l'oblitération, la formation d'abcès, l'infection purulente, la gangrène, etc., il en est une assez fréquente qui rend le diagnostic de cette affection extrêmement difficile. Nous voulons parler de la terminaison par suppuration. Habituellement, lorsqu'on a pour se guider les symptômes que nous avons décrits, le diagnostic des varices lymphatiques est facile. Aussi ne saurait-on le confondre. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Le développement et l'existence de cette affection, lorsqu'il ne survient aucune complication, n'altérant nullement la santé des malades et n'éveillant pas même chez eux le moindre doute sur l'affection dont ils sont porteurs, il arrive souvent que les renseignements qu'ils peuvent fournir, soit sur le début, soit sur la

marche de la maladie, surtout lorsque les varices sont en voie de suppuration, ne peuvent éclairer le médecin et rendent le diagnostic d'une difficulté inouïe.

C'est ce qui est arrivé chez les deux malades qui font le sujet de nos deux premières observations. Du reste, on pourra se convaincre de la difficulté du diagnostic en rappelant l'hésitation qu'un praticien aussi éminent que M. Verneuil éprouva en présence d'un malade atteint de varices lymphatiques suppurées. Chez ce malade, on ne trouvait aucun symptôme qui pût faire soupçonner une affection de vaisseaux lymphatiques. Le pied malade ne présentait l'existence ni de petits tubercules, ni de tumeurs, ni de cordons noueux, seulement deux ulcérations assez étendues occupaient le dos du pied, d'où s'écoulait, en petite quantité, un liquide puriforme mélangé avec de la lymphe.

Nous ne pourrions essayer d'établir, toutes les fois qu'un cas semblable à celui de M. Verneuil se présentera, un mode d'exploration capable de nous conduire à un diagnostic certain. Cependant, l'emploi du microscope aurait été un adjuvant puissant pour le diagnostic.

L'existence des varices lymphatiques parvenues à l'état de suppuration, n'est pas toujours aussi difficile à reconnaître,

Outre les symptômes communs aux varices lymphatiques simples, on trouve d'autres symptômes qui peuvent faciliter le diagnostic ou du moins faire soupçonner l'existence de cette maladie. Nous voulons parler des fistules lymphatiques. Ainsi chez nos deux malades, à la place de certaines saillies tuberculeuses qui avaient été le siège de suppurations et qui s'étaient cicatrisées,

on pouvait apercevoir au centre de ces cicatrices une petite ouverture, indice d'un trajet fistuleux, d'où il s'écoulait par la pression surtout, des gouttelettes transparentes. Ce liquide n'était autre chose que de la lymphe. Le début précoce, la marche lente et le tempérament du malade pourrait aussi faire arriver au diagnostic. Quant aux causes qui peuvent provoquer ce mode de terminaison, elles sont très variées, telles sont les piqûres, la section, l'incision, la ligature, la compression, la contusion, le déchirement de ces vaisseaux, le voisinage d'une plaie, l'érysipèle.

De tous les traitements préconisés, celui qui paraît avoir donné les meilleurs résultats, consisterait dans l'emploi d'un caustique au chlorure de zinc.

Traitement. — Différents modes de traitement ont été adoptés, tels sont les applications émollientes et narcotiques, la compression, la position, le débridement, la résection, la ligature, l'extirpation, la section, les cautérisations, les injections iodées, les astringents à l'intérieur.

Nous rejetons de suite tout ce qui a rapport à un traitement sanglant. La raison, c'est que si les varices sont simples, on détermine fatalement par ce traitement une lymphorrhagie et une fistule lymphatique. Lorsque les varices lymphatiques sont compliquées d'ulcérations ou se terminent par suppuration, l'emploi de la pâte de Canquoin a été jusqu'ici suivie d'excellents résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- MICHEL (de Nancy). Dilatation des vaisseaux lymphatiques (*Journ. de méd. et de chir.*, juillet 1853).
- VELPEAU. Mémoires sur les maladies du système lymphatique (*Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. VIII et X, 1836.).
- ANDRAL. Recherches pour servir à l'histoire des maladies du système lymphatique (*Arch. gén. de méd.*, 1824, 1^{re} série, t. VI, p. 502). Clin. méd., Paris, 1826.
- CRUVEILHIER. Traité d'anatomie pathologique. Paris, 1852-1856.
- ZAMINI (de Savone). In Cannobio (*journ. de pharm. et de chim.*). Paris 1845, t. VIII, p. 123.
- BEAU (I.-H.-S.). Note sur la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du prépuce (*Rev. méd. chir. de Paris*, 1851, t. IX, p. 22).
- HUGUIER. Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis (*Bul. de la Soc. de chirug.*, t. II, 1851.)
- DEMARQUAY. Recherches sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques (*Mém. de la Soc. de chir. Paris*, 1853, t. III, p. 139.)
- DESJARDINS (C.). Note sur un cas de dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme (*Société de biologie*, 1864, e *Gaz. méd. de Paris*, 1854, p. 361, 452 et 516).
- BINET (S. L. A.). Essai sur les varices et les plaies des lymphatiques superficiels (thèse). Paris. 1858, n° 17.
- DAVID. Essai sur les varices lymphatiques (thèse). Paris, 1865.
- VIRCHOW. Pathologie des tumeurs, Terod. Aronsshon. Paris, 1871, t. III.
- POTAIN. Article lymphatique du Dict. encyclopédique des sciences médicales, 2^e série, t. III, 1870.
- OBERSTEINER. Sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques du cerveau (*Virchow's arch. fur path. anat.*, 1872, t. IV.
- FOLLIN. Traité de pathologie, t. II.
- BRESCHET. Le système lymphatique considéré sous les rapports anatomique, physiologique et pathologique. Paris, 1834.
- FETZER. Ein Fall von eigenthümlicher Erkrankung der lymphgefässe (Un cas de maladie particulière des lymphatiques). *Archiv. fur physiolog. Heilkund*, 1849, t. VIII, p. 128.
- THIESEN. Ein fall von lymphangiectasie (*Günsburg Zeitschrift*, 1856, t. VII, 6 cat)
- GÜBLER. Bulletin de la société de biologie, t. V de la 2^e série, p. 98.

- VIDAL. Traité de pathologie externe (1855, t. V, p. 176.
LEBERT. Handbuch der speciellen pathologie, redigirt von Virchow, B.
d. V, abth. 2, S. 135.
A. BÉRARD. Compendium de chirurgie, t. II, p. 170, 1851.
VIDAL (de Cassis). Traité de pathologie externe, 1861, 5 ed. Fano, t. I,
p. 395.
FOLLIN. Traité élémentaire de pathologie externe, 1861, 1^{re} partie, p. 575
et 583.
VIGUIER. Essai sur les varices et les tumeurs lymphatiques [superfi-
cielles. Thèse de Paris, 1875, n° 45.
CREVAUX. De l'hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds. Thèse
de Paris, 1872, n° 129.
ASSALINI. Essai médical sur les vaisseaux lymphatiques.
KUSMAUL. *Méd Times and Gaz.* Vol. II, 1861, p. 119.
HANDFIELD JONES. *The Lancet.* 31 juillet 1875,

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie de la constitution chimique des sels; solubilité des sels; action des sels les uns sur les autres. Lois de Bertholet, de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges; leur structure, leur direction. Caractères qui distinguent les tiges des monocotylédons de celle des dicotylédons. Théorie de leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides, mous et solides; des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnements par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — Des paralysies symptomatiques de la grossesse.

Vu : le Président de la thèse,

VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie,

A. MOURIER.